

Como presentar un reintegro.

¡Esperamos que haya disfrutado su viaje! Pero si lo inesperado ocurrió y debe hacer un reintegro, recomendamos que lea lo siguiente para garantizar una rápida atención.

Al regresar de su viaje, deberá dar aviso de su reintegro por un tiempo máximo de 30 días corridos desde la fecha de vencimiento de su Certificado de Asistencia. Para ello deberá completar el formulario de reintegro y enviarlo a nuestra oficina de reintegros vía mail: reintegros@internationalassist.com.ar Si el formulario no está completo en todos sus campos, no podremos procesar su reintegro. No deje en el formulario de reintegros ningún espacio sin completar así evitara retrasos y demoras. El mismo debe estar firmado de puño y letra, no siendo válida firma digital.

¿Cómo se realiza un reintegro?

1. Descargue el formulario de reintegro en: www.internationalassist.com.ar
2. Complete el formulario de reintegro en su totalidad (contestando todos los espacios/campos) para que podamos procesar su reclamo.
3. Adjunte al formulario de reintegro todos los documentos ORIGINALES, informes, facturas, recibos, comprobantes de pagos, denuncias, etc. Y cualquier otra información relevante que podamos solicitarle que avale su reintegro.
4. Envíe el formulario de reintegros junto con los comprobantes escaneados a: reintegros@internationalassist.com.ar

Importante:

Su solicitud de reintegro será analizada y procesada una vez que haya sido debidamente completada y con toda la documentación necesaria. En caso de necesitar información adicional, le enviaremos una solicitud a su mail de contacto.

Los reintegros se pagarán en moneda local del país de residencia del beneficiario. El tipo de cambio de moneda que se aplicara para el reintegro, es al cambio oficial del día del efectivo pago del gasto a reintegrar.

También a elección y disposición de La Empresa, los reintegros podrán pagarse en dólares estadounidenses, si lo permiten las normativas legales del país de residencia del beneficiario.

El pago se lo realizaremos al beneficiario del Certificado de Asistencia; a menos que el beneficiario en el formulario de reintegros autorice por escrito el pago a otra persona, para lo cual deberá informar todos los datos del autorizado a cobrar.

Cuando el beneficiario realiza un reintegro deberá tener en su poder, todos los comprobantes originales de los gastos por los cuales solicita reintegros. Estos comprobantes originales podrán ser solicitados por La Empresa para una auditoria, ante esta solicitud el beneficiario deberá enviarlos a la oficina que La Empresa indique.

No procesaremos los reintegros que presenten las siguientes condiciones:

- a) No cuente que la documentación que avala la solicitud, según el caso podrán ser: comprobantes de pagos, facturas, recibos legales, denuncias policiales, denuncia en aerolíneas por pérdida de equipaje, etc.
- b) Todos aquellos reintegros presentados luego de los 30 días corridos del vencimiento de su Certificado de Asistencia.

Formulario de Reintegro

1- Datos personales del Beneficiario y de su Certificado de Asistencia

Fecha de presentación del reintegro (DD/MM/AA): __ / __ / __ -

N° de certificado de asistencia: _____

Nombre: _____

Apellido: _____

Nacionalidad: _____

N° Pasaporte: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Teléfono: _____

Mail: _____

Dirección: _____

Forma de contacto preferido y horario: _____

2- Pago del Reembolso

Si su reintegro ha sido aprobado, tienes 2 medios para cobrarlo:

- a) Cobro en el exterior. (Este medio suele demorar aproximadamente 45 días)

Dirección, ciudad y país donde se recibirá la transferencia: _____

Nombre completo de la persona recibirá la transferencia: _____

Tipo y número de documento de la persona que recibirá la transferencia: _____

- b) Solicito transferencia depositarme directamente en una **cuenta bancaria nominada Argentina**.
La cuenta bancaria nominada es:

Nombre del banco: _____

Titular de la cuenta: _____

Tipo de cuenta (debe ser **únicamente** en pesos argentinos): _____

N° de cuenta: _____

Número de CBU (solo Argentina): _____

CODIGO SWIF: _____

CODIGO ABA (si corresponde): _____

N° de identificación tributaria/CUIT/CUIL/RUT/RUC/NIT: _____

Firma (No digital): _____

Aclaración: _____

3 - Autorización para realizar reintegro a nombre de otra persona.

Si está dando autorización a otra persona para actuar en su nombre en relación con este Reintegro, por favor completar la siguiente autorización nominada: (DATOS DEL AUTORIZADO A COBRAR)

Yo autorizo a (Nombre y apellido del autorizado): _____

Tipo y N° Documento: _____

Teléfono: _____

Mail: _____

N° de identificación tributaria/CUIT/CUIL/RUT/RUC/NIT: _____

Para actuar en mí nombre en relación con este reintegro y para recibir información relacionada con el mismo.

Firma (No digital) : _____

Aclaración: _____

Cuéntenos que sucedió

4- ¿Qué sucedió?

5- ¿Cuándo sucedió?

(DD/MM/AA): ____/____/____

(HH:MM) ____/____ (AM/PM)

6- ¿Dónde sucedió?

Ciudad y País (ejemplo: París/Francia): _____

Lugar (ejemplo: recepción del hotel): _____

¿Reporto a la Central de Emergencias? Sí: __ No ____

(DD/MM/AA): ____/____/____

(HH:MM) ____/____ (AM/PM)

¿Por qué motivos esta solicitando el reintegro?

4- Por favor complete solo la/s sección/es aplicable/s a su solicitud de reintegro. Marque el círculo del reintegro que solicita y adjunte en todos los casos las facturas de compra.



Gastos médicos y odontológicos.

Esta sección aplica para aquellos casos en los que coordino con la central de emergencias atenciones médicas u odontológicas.

Tipo de gasto	Fecha del gasto	Moneda	Monto
Total			

Medicamentos.

Esta sección aplica para aquellos casos que la central de emergencia autorizó los medicamentos.

Medicamento – Nombre genérico.	Fecha del gasto	Moneda	Monto
Total			

Varios.

Esta sección está destinada a todas aquellas solicitudes de reintegros que no se han especificado antes, dadas u poca frecuencia. Debe aquí informarnos los motivos de su solicitud.

Tipo de gasto	Fecha del gasto	Moneda	Monto
Total			

Adjunto los siguientes comprobantes: _____

Los reintegros de International Assist son manejados por un equipo de profesionales dedicado a riesgos especiales de United Assistance SA C. International Assist toma su privacidad muy en serio. Nosotros utilizamos la información que nos proporciona para evaluar su reintegro. Es posible que debamos proporcionar esta información a otras personas, por ejemplo nuestros peritos y sus asesores, profesionales de la salud, u otros agentes que necesitamos que nos ayuden en esta tarea. Si no nos proporcionas la información completa, no podremos evaluar adecuadamente su reintegro.

FIRMA (Nodigital): _____

ACLARACION: _____ FECHA: ____/____/____

(No completar – solo para uso de la empresa)
RESOLUCION: _____ _____
MONEDA: _____ IMPORTE: _____